

การประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

The application of caregiver's empowerment program on psychological well-being and quality of life among family caregivers in end- stage cancer patients

(Received: September 23,2024 ; Revised: September 29,2024 ; Accepted: September 30,2024)

พรสุวรรณ จารุพันธ์¹ สิริินทรา ฟุตระกุล¹ ปันณทัต บณขุนทด¹ ชุมศรี ต้นเกตุ²

Pornsuan Jaruphan¹ Sirintra Futrakul¹ Punmathut Bonkhunthod¹ Choomsri Tonkhet²

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบศึกษาสองกลุ่มวัดซ้ำ 3 ระยะคือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนจำนวน 50 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำและแบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติกรดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีไม่แตกต่างจากหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน

คำสำคัญ: ญาติผู้ดูแล, โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ, ความผาสุกทางใจ, คุณภาพชีวิต

ABSTRACT

This research aimed to study the effects of applying an empowerment program on the mental well-being and quality of life of caregivers of terminally ill cancer patients diagnosed with terminal cancer and receiving palliative care. This research was designed as a two groups repeated measure action research and aimed to examine the effects of empowerment program on power perception and caregiving practice among family caregivers of older persons with dementia. Simple of 50 cases were diagnosed by doctors as having late-stage cancer, received palliative treatment. Data analysis compared the mean scores between the experimental and control groups using two - way analysis of variance with repeated measures and one between-subjects variable and one within-subjects variable.

The research results can be summarized as follows: Caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had an average score of their perception of empowerment. The experiment was completed immediately. and 1 month after the experiment was completed, it was higher than that of caregivers of late-stage cancer patients in the control group. and higher than before the experiment with statistical significance at the .05 level and patient caregivers

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วิทยาเขตบุรีรัมย์ Corresponding author: Sirintra Futrakul; Email: Sirintra.f@nrru.ac.th

Late-stage cancer in the canal group had an average score of perception of empowerment immediately after the experiment was completed. Not different from 1 month after the experiment was completed 0.05. And caregivers of end-stage cancer patients in the experimental group had average scores on their practice of caring for patients. Late stage cancer in the control group and was significantly higher than before the experiment at the 0.05 level, and caregivers of late-stage cancer patients in the experimental group had an average score of care performance after the experiment. Immediate completion was no different from 1 month after the experiment was completed.

Keyword: Family caregiver, Empowerment program, Psychological well-being, Quality of life

บทนำ

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะแพร่กระจายซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง¹ ซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามชีวิตด้วยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่² ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองส่วนใหญ่มักมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย เมื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันดีขึ้นผู้ป่วยต้องกลับไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านโดยมีสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ดูแล ดังนั้นจำนวนญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีจำนวนมากขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องการความช่วยเหลือในการดูแล และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีก 50 ปีข้างหน้า³

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ต้องรับบทบาทเป็นญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคมะเร็งการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ควบคุมได้ยาก มีโอกาสเกิดซ้ำ² อีกทั้งในกรณีที่ภาวะของโรคไม่สามารถควบคุมได้ด้วยการผ่าตัดจำเป็นต้องรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือใช้หลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยจะประสบกับอาการข้างเคียงต่างๆของการรักษาร่วมด้วยก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความทุกข์ทรมานของ

ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้น้อยลง มีความต้องการการดูแลมากขึ้น นำไปสู่กิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลต้องทำเพื่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น⁴

ภาระและบทบาทที่หลากหลายที่ญาติผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลเนื่องจากเป็นภาระงานใหม่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องดำรงบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน จากการศึกษาของ Schulz & Beach⁵ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงในการเกิดความผิดปกติทางด้านจิตใจมากกว่าบุคคลทั่วไป เช่นเดียวกับการศึกษาของ Braun, Mikulincer, Rydall, Walsh, & Rodin⁶ พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะซึมเศร้า และรับรู้ถึงภาวะความเครียดเพิ่มขึ้นตามอาการที่มากขึ้นของผู้ป่วย และมีปัญหาด้านการทำงาน การถูกเลิกจ้าง และค่าใช้จ่ายในการรักษาญาติผู้ดูแล การรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นอาจความรู้สึกว่าบทบาทดังกล่าวเป็นภาระ ต้องเผชิญกับภาวะอ่อนล้าทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ในการดูแลผู้ป่วยจนอาจกล่าวได้ว่าผู้ดูแลนั้นเป็นเสมือนผู้ป่วยที่ซ่อนเร้น⁷ ต้องเผชิญกับภาวะเหนื่อยล้าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกเหมือนถูกแยกออกจากสังคม ต้องกระทำหลายบทบาทพร้อมกันหรือไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ได้ตามความคาดหวังของตนเองและผู้อื่น ซึ่งภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยตรง⁸

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดในการเสริมสร้างพลังมาใช้ในการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ 3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติตามความเหมาะสมกับตนเอง และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีคุณค่าและมีประสิทธิภาพ นำกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนนี้ไปใช้กับญาติที่ได้รับมอบอำนาจในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยการวิจัยครั้งนี้จะดำเนินการทดลองใช้โปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยขั้นตอนดังกล่าวช่วยให้ญาติผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มองเห็นคุณค่าของตนเอง และเสริมพลังให้เชื่อมั่นในการดูแลตนเองและเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อเพิ่มความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากร (Population) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ระหว่างเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2566

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง การคัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 50 ราย แล้วใช้วิธีการสุ่ม อย่างง่าย (Simple Random Sampling) เข้ากลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย

คุณสมบัติของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

1. เป็นบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ญาติมีความสามารถในการรับรู้ สื่อสาร ได้ดี ไม่มีปัญหาการได้ยิน มีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ
3. มีความสมัครใจและยินยอมให้เข้าร่วมมือในการทำวิจัย
4. มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายอยู่ในการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁰ ประกอบด้วย 1) แผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยดัดแปลงจากแผนการเสริมสร้างพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังของ ศรีรัตน์ คัมสิน¹¹ ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับเป้าหมายวัตถุประสงค์ กิจกรรมการดำเนินงานตามขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และเหตุผลอ้างอิงตามทฤษฎีสถานที่ดำเนินการ ระยะเวลา สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ประกอบ และการประเมินผล 2) คู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากตำราเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยรายละเอียดของเนื้อหาได้แก่ ความหมายของมะเร็งระยะท้าย ความรุนแรง อาการและอาการแสดง การรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วย

มะเร็งระยะสุดท้าย และแนวทางการจัดการอาการ
ผิดปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยเป็นชุดของคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ
ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย
ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส
การศึกษารายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของ
รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงใน
การดูแลผู้ป่วยใน 1 วัน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับ
ผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแลโรคประจำตัวประสบการณ์การ
ดูแล และแหล่งให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ส่วนข้อมูล
ของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถามแบบเลือกตอบจำนวน
10 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย
และการรักษาในปัจจุบัน

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจของ
ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจาก
แบบวัดการรับรู้พลังอำนาจของ ศรีรัตน์ คัมสิน¹¹ ที่
สร้างขึ้นตามแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁰ เป็น
ชุดข้อคำถามเกี่ยวกับความมั่นใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับ
ความสามารถในการควบคุมการดูแลผู้ป่วยและการดูแล
ตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม
จำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายปิด
ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนน
เป็นรายข้อ ตามระดับการรับรู้พลังอำนาจของผู้ดูแล
ผู้ป่วยประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุดเท่ากับ 4,
มากเท่ากับ 3, น้อยเท่ากับ 1 และน้อยที่สุดเท่ากับ 0

2.3 แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจ เป็นแบบ
สัมภาษณ์ที่แปลมาจากแบบประเมินความพึง
พอใจทั่วไปของ Duppy โดยสมจิต หนูเจริญกุล และ
คณะ¹² มีจำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะ
คำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ (0-5
คะแนน) ส่วนที่ 2 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ
ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเชิงเส้นตรง

จาก 0-10 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-110คะแนน
คะแนนสูงหมายถึง ความพึงพอใจสูง

2.4 แบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)
ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย
(Perceived objective) และ อัตวิสัย (Self-report
subjective) พัฒนามาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ
องค์การอนามัยโลก 100 ข้อ โดยเลือกคำถาม 1 ข้อจาก
แต่ละหมวดใน 24 หมวด แบ่งเป็นองค์ประกอบของ
คุณภาพชีวิต 4 ด้านคือ ด้านร่างกาย (Physical
domain) จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ (Psychological
domain) จำนวน 6 ข้อ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม
(Social relationships) จำนวน 3 ข้อ และด้าน
สิ่งแวดล้อม (Environment) จำนวน 8 ข้อ และหมวด
คุณภาพชีวิต และสุขภาพทั่วไปโดยรวมอีก 2 ข้อ รวม
ข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 26-130 คะแนน
คะแนนสูงหมายถึง มีคุณภาพชีวิตสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของ
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content
Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านเพื่อพิจารณา
ความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุม ความ
สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องและเหมาะสม
ของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม
ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา กิจกรรมและความ
เหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำ
แบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try Out) กับญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยมะเร็งที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและ
นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์

อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนการวิจัยดังนี้

1) ก่อนการทดลอง ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ชี้แจงสิทธิของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และใช้แบบวัดการรับรู้ความพึงพอใจและแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

2) การดำเนินการทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยใช้ระยะเวลาติดต่อกัน 2 วัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ดำเนินการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ และเริ่มกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคลครั้งที่ 1 โดยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง และขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ โดยให้ญาติผู้ดูแลแสดงการรับรู้ ทำความเข้าใจ ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามสภาพที่เป็นจริง ผู้วิจัยและญาติผู้ดูแลร่วมกันประเมินปัญหาของญาติผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วย และปัญหาที่เกิดจากผลกระทบต่อญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่างๆ ทำให้ญาติผู้ดูแลเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) มอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ใช้เวลา

ประมาณ 35-45 นาที และนัดหมายเพื่อพบกันอีกครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกันดำเนินการสรุปปัญหาจากการพูดคุยในครั้งแรก โดยพิจารณาความรุนแรง และความยากง่ายของการแก้ปัญหา กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยการกำหนดหัวข้อและรายละเอียด ซึ่งประกอบด้วยปัญหาสาเหตุ วิธีการแก้ไขปัญหา การประเมินผล และบทบาทของบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-Determination) ซึ่งการจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด จะอยู่ภายใต้เงื่อนไขต่างๆ ได้แก่ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเอง 2) สอดคล้องกับการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ 3) ได้รับการเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการปรึกษาและได้รับจากทีมสุขภาพ และ 5) เป็นวิธีที่ยอมรับได้และเปิดกว้างให้บุคคลอื่นนำไปใช้ได้ และร่วมกันตัดสินใจปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น ใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และทำการนัดหมายเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในสัปดาห์ที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นรายบุคคล ครั้งที่ 3 โดยดำเนินการขั้นตอนการประเมินผลการแก้ไขปัญหาในการดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งแรก และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ด้วยการติดตามจากบันทึกของญาติผู้ดูแลตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้ พร้อมทั้งค้นหาปัญหา และพัฒนาแนวทางการแก้ปัญหาใหม่กรณีญาติผู้ดูแลนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ญาติผู้ดูแลจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีการให้แรง

เสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจแก่ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยใช้เวลาประมาณ 35-45 นาทีและทำการนัดหมายญาติผู้ดูแลเพื่อพบกัน ครั้งที่ 4

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโดยดำเนินการติดตามผลการแก้ไขปัญหาในการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง มีการให้แรงเสริมทางบวก กล่าวชมเชยให้กำลังใจ เมื่อพบว่าผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ดี พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแลตามแบบ สัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการณ์ดูแล ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรก ใช้เวลาประมาณ 35 - 45 นาที และทำการนัดหมายญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อพบกันในสัปดาห์ที่ 6

3) หลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ผู้วิจัยเข้าพบญาติผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังทำการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน ด้วยการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์การรับรู้พลังอำนาจและการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่สัมภาษณ์ครั้งแรกใช้เวลาประมาณ 35-45 นาที และร่วมสรุปผลการทดลองตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล ด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแบบวัดการรับรู้ความผาสุกทางใจและแบบวัดคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย และคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการณ์ดูแลในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติการณ์ดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบสองทางวัดซ้ำ (Two - way Analysis of

Variance with Repeated measures) แบบหนึ่งตัวแปรระหว่างกลุ่มและหนึ่งตัวแปรภายในกลุ่ม (One Between-Subjects Variable and One Within-Subjects Variable)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวชกรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ MTH 2023-05

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองจำนวน 25 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 59.0 อยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปีร้อยละ 54.5 มีสถานภาพคู่ร้อยละ 63.6 การศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาร้อยละ 45.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 15,001-20,000 บาทร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายร้อยละ 54.5 รวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่างต่ำกว่า 1 ปีร้อยละ 54.5 และใน 1 วันใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงทุกคน ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 86.3 ญาติผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นสามี/ภรรยาร้อยละ 77.2 ไม่มีผู้ช่วยในการปฏิบัติการณ์ดูแลทั้งหมด ญาติผู้ดูแลมี โรคประจำตัวร้อยละ 68.1 มีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือร้อยละ 90.9 และในกลุ่มควบคุม ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือนสูงกว่าในกลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการณ์การดูแลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและหลังการทดลองเสร็จสิ้น 1 เดือน สูงกว่าใน กลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการ

ทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่แตกต่างกัน

ความผาสุกทางใจ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนทดลอง (Mean =70.40, SD=13.77) และหลังทดลอง (Mean =83.17, SD = 9.23) พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -10.54, p < .001$)

คุณภาพชีวิต ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -8.98, p <$

.001) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -6.78, p < .001$) เนื่องจากข้อมูลคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพ โดยรวมหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการประยุกต์ใช้โปรแกรมมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม รายด้าน และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อนและหลังการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ($n = 25$)

คะแนนคุณภาพชีวิต	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		ค่าสถิติ	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
โดยรวม	92.15	10.65	101.72	7.38	$t = -8.97$	$< .001$
ด้านร่างกาย	26.14	3.32	29.38	1.46	$Z = -4.66$	$< .001$
ด้านจิตใจ	21.76	3.67	24.69	2.17	$Z = -4.27$	$< .001$
ด้านสังคม	9.94	2.15	10.78	1.96	$Z = -2.55$	.002
ด้านสิ่งแวดล้อม	27.44	3.37	28.92	2.99	$t = -6.79$	$< .001$
หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวม	6.88	1.24	7.94	0.78	$Z = -3.64$	$< .001$

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้วิจัยนำมาอธิบายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 จากการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความ

ผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ศิริรัตน์ คุ่มสิน¹¹ พบว่าผู้ดูแลมีการรับรู้พลังอำนาจ และคุณภาพชีวิตภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและสูงกว่าก่อนการทดลอง การ

เสริมสร้างพลังอำนาจส่วนใหญ่เป็นกระบวนการเฉพาะบุคคลในการพัฒนาตนเองโดยใช้ความรู้ ความสามารถ และความมั่นใจเพื่อสร้างพลังอำนาจในการมีส่วนร่วมให้เกิดขึ้นในตนเอง และความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการที่เกิดขึ้น¹⁰ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อคิดทบทวนสถานการณ์ต่างๆ และแสดงความรู้สึกล่อสิ่งทีปฏิบัติในกิจกรรมการให้การดูแลครอบคลุมทุกมิติด้านสุขภาพแบบองค์รวม ทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา สามารถวางแผนการจัดการกับปัญหาที่ตนเองเผชิญอยู่ร่วมกับผู้วิจัยได้เหมาะสม¹³ การติดตามดูแลให้คำปรึกษา ชี้แนะและให้ข้อมูล เป็นผู้สนับสนุนในบางกิจกรรมที่ต้องอาศัยความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลร่วมกับการมอบคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายไว้เพื่อเป็นสื่อประกอบการค้นหาความรู้เพิ่มเติม มีการกระตุ้นเพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหา นั้น โดยให้แรงเสริมบวกด้วยการกล่าวคำชมเชยให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นที่สามารถจัดการกับอาการและควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การเจ็บป่วยของผู้ป่วยและตนเองได้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องงานวิจัยของ วารุณี มีเจริญ⁸ และ Davis, L. L.¹⁴ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง แสดงให้เห็นว่าเพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะสมมีความอ่อนโยนเอาใจใส่เหมาะสมที่จะรับบทบาทในการดูแล ส่วนเพศชายเหมาะสมกับการรับบทบาทเป็นผู้ช่วยดูแล นอกจากนี้บทบาทการเป็นผู้ช่วยผู้ดูแลในเรื่องการบริหารจัดการต่างๆ เช่น การรับส่งไปพบแพทย์ การช่วยเหลือด้านการเงิน การจัดหาสิ่งของอำนวยความสะดวก มากกว่าที่จะทำหน้าที่เกี่ยวกับงานบ้านหรือการดูแลอนามัยส่วนบุคคลเช่น การอาบน้ำ แต่งตัว ผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสองอันดับแรกได้แก่ คู่สมรส และบุตร ตามลำดับ¹⁵ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 24 ชั่วโมงต่อวันในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 100

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 จากผลการศึกษาผลเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้ความผาสุกทางใจและคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะระยะสุดท้ายพบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีส่วนส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยรู้สึกมีพลังในการจัดการกับปัญหาหรือเหตุการณ์ต่างๆ ทบทวนเหตุการณ์รอบด้าน เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น การรับรู้ความผาสุกทางใจหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงขึ้นจากการดำเนินการตามการประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจตามกระบวนการเสริมสร้างพลังทั้ง 6 ขั้นตอน ช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถ มีพลังในการจัดการและใช้วิธีการที่เหมาะสมตามสภาพความเป็นจริงในการดูแลตนเองและผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม การติดตามและให้คำแนะนำทางโทรศัพท์มีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นถึงข้อดีของการเข้ารับบทบาทญาติผู้ดูแล และเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความผาสุกทางใจสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องการวิจัยของ สรรสนีย์ จันทร์มา¹⁶ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่พบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลและ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมและคุณภาพชีวิตรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ด้านร่างกายจิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และหมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพชีวิตโดยรวมหลังเข้าร่วมการประยุกต์ใช้โปรแกรมสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการเข้าร่วมโปรแกรมมีส่วนช่วยให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เรียนรู้

วิธีการดูแลตนเองและเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับตนเอง เพื่อปรับตัวเข้ากับบทบาทญาติผู้ดูแลผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับตนเองเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาอื่นๆ ได้ร่วมกับผู้วิจัยกระตุ้นให้เชื่อมั่น ซึ่งให้เห็นข้อดีและความสำคัญของการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งให้เห็นคุณค่าในตนเอง และเน้นให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งพลังในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่การรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ร่วมกับการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้ดีและผู้ป่วยมีสิทธิในการเบิกค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยลดภาระทางการเงินในการดูแลผู้ป่วยได้ส่วนหนึ่ง ทำให้มีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับการวิจัยของ กิตติยาพร จันทร์ชม และคณะ¹⁷ พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต และสอดคล้องกับการวิจัยของ พัทธราภรณ์ ทะเกียง และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชนพบว่า ก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ส่วนหลังการใช้โปรแกรมพบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้นร้อยละ 100 แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.095$, $p < 0.001$)

value < 0.001) ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายสามารถประยุกต์ใช้เป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป
2. นักศึกษาพยาบาลหรือคณาจารย์ในสถาบันการศึกษาสามารถนำแนวทางทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
3. ผู้บริหารทางการแพทย์ ควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
4. การวิจัยนี้ทำการทดลองในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ควรมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับผู้ดูแลระยะท้ายที่ไม่ใช่กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายและที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการอื่น เช่น การให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัด และการรักษาด้วยรังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัดว่าจะได้ผลการศึกษเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร

เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute.(2017). Types of cancer treatment; 2017. [Cited 2024 May 10]. Available from:<https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types>.
2. World Health Organization.(2018). Palliative care; 2018. [Cited 2024 May 10]. Available from:<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
3. Hileman, J. W.(1992). Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. Oncology Nursing Forum. 19(5):771-77.
4. วารุณี มีเจริญ.(2559). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. Rama Nurse J. 20(1):10-22.
5. Schulz,R, & Beach,S.R.(1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. Journal of the American Medical Association. 282(23):2215-19.

6. Braun, M., Mikulincer, M., Rydall, A., Walsh, A., & Rodin, G. (2007). Hidden morbidity in cancer: Spouse caregivers. *Journal of Clinical Oncology*. 25(30):4829-34.
7. ศิริรัตน์ คุ่มสิน. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
8. วารุณี มีเจริญ. (2559). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *Rama Nurse J.* 20(1):10-22.
9. Gibson. (1995). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Doctoral ; 1995.
10. Gibson, C.H. (1993). A study of empowerment in mothers of chronically ill children. Unpublished doctoral dissertation : Boston Collage, Boston.
11. ศิริรัตน์ คุ่มสิน. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจและระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
12. สมจิต หนูเจริญกุล, ประครอง อินทรสมบัติ, และพรณวดี พุฒธนะ. (2532). สิ่งรบกวนในชีวิตประจำวัน ความเข้มแข็งในการมองโลก และการรับรู้ความผาสุกทางในชีวิตของอาจารย์พยาบาลในมหาวิทยาลัย วารสารพยาบาล. 38(3):169-90.
13. กรมการแพทย์. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
14. Davis, L.L. (2018). Building a science of caring for caregivers. *Family and Community Health*. 15(1): 1-10.
15. Victoria Hospice Society. (2019). The Palliative Performance Scale version 2 (PPSV2) tool. *Journal of Palliative Care*. 9(4):26-32.
16. สรรสนีย์ จันทร์มา. (2564). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
17. กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณิ แสงสาย, และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*. 5(2):12-24.
18. พัชรภรณ์ ทะเกียง, อรุมา อินทงลักษณ์, ภาคิน บุญพิชาชาญ, อรัญญา นามวงศ์ และจรรยา แก้วใจบุญ. (2567). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 30(3):1-20.